

# Bevezetés

Ez a jegyzet is, mint minden könyv nehezen kezdődik, csakúgy mint minden új tudomány, új szakma tanulása. Az első órák intenzív tanulással telnek, mégpedig a terület nyelvének, szakkifejezéseinek megismerésével. Amolyan szótanulás ez saját anyanyelvünkön. Kezdjük hát a szótanulást!

## Mi a propedeutika?

A propedeutika görög szó. Pro - elő, valamit bevezető megelőző dolog, paideutiké - gyermeknevelés, oktatás, tanítás. Amolyan előtanulmányról van szó. A tárgy, jelen esetben a szájsebészet elméleti és gyakorlati tanulmányozásához szükséges, másutt nem tárgyalt, vagy másutt már tárgyalt és most összefoglalt ismeretekről. Épp erről szól ez a jegyzet. Reményeink szerint aki e jegyzetet végig olvassa, átgondolja és kulcsfontosságú részeit memorizálja alkalmas lesz arra, hogy megkezdje az elméleti tanulást és klinikai fejlődést szájsebészetből.

## Általános sebészet

Számos tudomány és szakma saját tudásanyagát általános és különös (speciális, specifikus) részre osztja. Így van ez többek között a joggal, de a sebészettel is. A propedeutika természetéből fakad, hogy nagy részt általános sebészettel foglalkozik és kisebb részben specifikusan szájsebészeti témával. Az általános sebészet tárgykörébe tartoznak azok az ismeretek, melyek minden sebészettel foglalkozó orvos számára fontosak, azok az általános irányelvek, melyek általában igazak a sebészi tevékenységre. A speciális rész azután ezen elvek alkalmazásáról szól az egyes szervek, szervrendszerek, betegségek eseteiben, illetve az ezekhez tartozó speciális módszerekről és nagyon ritkán az általános elvektől való eltérésekről. Mint látni fogjuk a szájsebészet, de döntő többségében az egész fogászat is sebészi szakma, így az itt ismertetett alapelvek a fogorvos mindennapi működésének is alapját kell, hogy képezzék.

## A sebészetről

A sebészet szinte az emberiséggel egy idős. Ez alatt a hosszú idő alatt bizonyos tulajdonságai nem változtak.

1. Invazív. A sebészi beavatkozás invazív, ami azt jelenti, hogy a kültakaró integritásának megsértésével jár. (Ilyen értelemben minden injekció sebészi beavatkozás!) A beteg szempontjából igen lényeges az invázió mértéke és helye.
2. Oki. A sebészet törekszik oki (kauzális) kezelést nyújtani, vagyis a betegség, panaszok okát igyekszik megszüntetni. Az epekövességben szenvedő embernél például az epeelfolyást akadályozó köveket távolítja el.
3. Műtéttel jár. Az invazív beavatkozás meghatározott helyen és módon történik, ezt műtétnek nevezik. A műtét a beteg számára többszörös trauma: fizikai és pszichés. A szövetek szétválasztása, roncsolása a szervezet számára igen megterhelő, amely megterhelés a beteg általános állapotától függően az életet is veszélyeztetheti. Különösen nagy szöveti roncsolással járó műtétek, illetőleg a műtétet megelőző esetleg sérülés esetében hal el nagy mennyiségű sejt és a belőlük felszabaduló anyagok (haemoglobin, fehérjék, szabad gyökök, stb.) komolyan megterhelik a szervezetet, különösen a vesét és a májat. A műtét vérvesztéssel jár.

Mindezek miatt igen fontos a műtét gondos tervezése, előkészítése. Mind a személyi és

tárgyi feltételek megteremtése, mind a beteg alapos előkészítése elengedhetetlen feltételei a sikeres műtét végzésének.

4. Manuális és instrumentális szakma. Alapvetően kézzel végzett, eszközt használó tevékenység.

## A szájszélesítésről

### 1. A szájszélesítés részei.

A szájszélesítést a legutóbbi időkben két részre bontották:

- a. Dentoalveolaris szélesítés: a fogak, azok rögzítő apparátusának, a processus alveolarisnak és az ínynek a szélesítése. Alapvetően szájüregben belüli szélesítés, mely nagyobb részt a fogorvos mindennapi munkájának részét képezi, kisebb részben dentoalveolaris szélesítő szakorvosok közreműködését igényli. Többnyire fogászati székben, tiszta körülmények között történik. Magyarországon e szakvizsga létezik és fogorvosok részére elérhető. A világ országaiban igen különböző szabályozások vannak, a szakma leginkább, mint minor oral surgery, oral surgery, Oralchirurgie ismert. A jelen jegyzet elsősorban e szakág alapjait tárgyalja.
- b. Maxillofacialis szélesítés: az arc- és állcsontok, a szájüreg lágyrészeinek és a nyak lágyrészeinek megbetegedéseit kezelő sebészeti ágazat, határai a claviculától cranialisán egészen a koponyaalapig terjednek. Nagyobb részt kórházban, osztályos körülmények között folytatott tevékenység. Művelői általános orvosi, vagy általános és fogorvosi diplomával rendelkező maxillofacialis szélesítő szakorvosok. Magyarországon e szakma, mint arc-állcsont-szájszélesítés létezik és általános orvosok számára elérhető. A világ országaiban a képzés igen eltérő. Általában mint Oral and Maxillofacial Surgery, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie ismert.

Definíció szerint jól elkülönülő két specialitásról van szó, a gyakorlatban azonban, különösen kórházi körülmények között, sokszor nehéz megmondani, hol végződik az egyik és hol kezdődik a másik szakma. Az mindenesetre biztos, hogy a rosszindulatú daganatok kezelése abban járatos maxillofacialis szélesítő feladata.

### 2. A szájszélesítés tulajdonságai általában

- a. E jegyzetben főként dentoalveolaris szélesítésről van szó, így itt is ennek a tulajdonságait tárgyaljuk.
- b. Ambuláns. A szájszélesítési műtéten áteső beteg nem fekszik kórházban. A műtétre otthonából érkezik ("az utcáról operálunk"), majd a műtét után oda is távozik. Ebből következően az orvosnak nincs lehetősége kontrollálni, hogy mi történik a beteggel, a műtéti sebbel. Kiszolgáltatottabbak vagyunk a környezet eseményeinek és betegeink viselkedésének is, mint a kórházi szakmák képviselői. Többnyire helyi érzéstelenítésben történik.
- c. Nem ideális körülmények között történik. Munkánk területe a szájüreg. Ennek következtében a műtét, de a sebgyógyulás sem ideális körülmények között zajlik. A szájüreg az ember legfertőzöttebb testnyílása, ráadásul nedves, nyálás környezetben kell operálnunk, és a sebnak is ott kell gyógyulnia. Ezt ellensúlyozza a szájüregi képletek kiváló vérellátása és gyógyhajlama.
- d. Üregszélesítés. Egy üregben, a szájüregben dolgozunk, ahol nehéz a hozzáférés, manipulálás. Ez természetesen függ attól is, hogy mennyire hátul kell tevékenykednünk, de attól is, hogy milyen a beteg szájnyitása. A műtét tervezésénél ezt is figyelembe kell venni!
- e. Csontszélesítés. A szájszélesítés döntő többségében az állcsontokon végzett beavatkozásokból áll. A csonton végzett beavatkozások természetükből fakadóan

viszonylag nagy erőhatással járó, zajos műtétek. Különösen igaz ez a maxillán végzett beavatkozásoknál, hiszen itt a hang közvetlen csontos vezetéssel is a fülbe jut. Ez, tekintettel arra, hogy többnyire ébren levő betegen, helyi érzéstelenítésben végezzük őket részben magyarázza betegeink félelmét. Figyelmet érdemel az a tény is, hogy "nyílt" csontsebekkel dolgozunk, tehát a csont kapcsolatba kerül a fertőzött környezettel. Ennek ellenére kiváló e sebek gyógyhajlama. Fontos tisztában lenni a csontszövetet érintő általános betegségekkel, hatásokkal, mert ezek tevékenységünket komolyan befolyásolhatják, a gyógyhajlamot ronthatják.

- f. Lebenyképző sebészet. A csónthoz való hozzáférés többnyire feszes szöveteken (keratinizált gingiván) keresztül történik. Ezért nem elegendő egy egyenes metszés, hanem ívelt metszéssel vagy több metszéssel "lebenyt" kell képeznünk, egy nyálkahártya részt alapjáról elemelve tesszük láthatóvá a műtéti területet. Ennek hátrányai közé tartozik a romló vérellátás, a korlátozott láthatóság és hozzáférhetőség és az utólagos módosítás igen csekély lehetősége. Mindez az előzetes műtéti tervezés fontosságát emeli ki.
- g. Félelem. Minden sebészi beavatkozást természetes módon megelőz bizonyos félelem, szorongás. A szájsébsészetnek azonban különösen "rossz híre" van. Ennek több oka is van. Részben a csontsebészet már említett tulajdonságai, zajossága, nagy erőhatása. Részben van tanult, társadalmilag elfogadott, sőt bátorított, sokszor túlzott szorongás. Nemegyszer előfordul, hogy egyes szülők a fogorvossal, szájsébsészel riogatják gyermekeiket, fiatalok egy-egy beavatkozás (kissé kiszínezett) történetével igyekeznek egymást elképeszteni. Emellett igen jelentős szerepet játszanak az egyén korábbi élményei, emlékei is. Ezért nem lehet eléggé hangsúlyozni a gyermekekkel foglalkozó orvosok felelősségét! Végül van e szorongásnak biológiai alapja is. Minél közelebb van a beavatkozás a központi idegrendszerhez, annál nehezebb az embernek függetleníteni magát tőle, annál nehezebb távolságot tartani. Mindennek fényében érthető, hogy milyen fontos betegeink gondos előkészítése, helyes vezetése.
- h. Látható. Az általunk végzett beavatkozások következményei igen látható helyen, az arcon jelennek meg.

### 3. A szájsébsészet története

A szájsébsészet története természetesen a sebészet történetével kezdődik. A modern sebészet története szempontjából három tényezőt kell kiemelnünk. Az érzéstelenítés felfedezését, fejlődését, a sterilitás fontosságának felfedezését, technikájának fejlődését és a sebészi technikák, műszerek fejlődését.

## 2. Az orvos-beteg kapcsolat

Az orvos és betegek közötti különleges kapcsolatról az orvosképzés során többször, több helyen is szó esik, ezért itt most csak néhány aspektusát tárgyaljuk, egyebekben utalunk a pszichológia, szociológia, etika, igazságügyi orvostan, orvostörténelem keretében tárgyalt ismeretekre.

### Alapvető jellemzők

Az orvos és beteg közötti viszony több szempontból is különleges, **kétoldalú (bilaterális)** kapcsolat. Akkor is igaz ez, ha a modern orvoslásban igen gyakran több orvos és más szakember is részt vesz egy-egy beteg kezelésében és valójában egy egész csapat (team) munkája a kezelés. Gyakran a beteg ember akkor is ragaszkodik ahhoz, hogy "Kovács doktor" operálta, ha gyógyulásához elengedhetetlenül szükséges volt még két sebész, az aneszteziológus, patológus, labororvos, radiológus és nagyszámú szakdolgozó közreműködése. A fogászat területén még sokszor valóban egyetlen orvos kezeli a beteget, de itt is elterjedőben van a specializálódás következtében a csapatmunka. Mindennek ellenére szükséges, hogy a kezelőorvos kialakítsa betegével a bizalom alapuló kapcsolatokat.

Az orvos-beteg kapcsolat **aszimmetrikus viszony**. A beteg testéről, életéről van szó, de a diagnózis felállításához és a kezelés megtervezéséhez, elvégzéséhez az orvos rendelkezik a szükséges ismeretekkel. Emellett a beteg fizikai és pszichés állapota és a választott kezelési mód függvényében a beteg igen kiszolgáltatott állapotban lehet. Emiatt az orvos-beteg kapcsolat alá-fölérendeltségi viszony is (subordinatio). Természetesen nem célunk és nem is szabad ezt semmilyen módon érzékeltetnünk a beteggel.

Mindemellett a diagnózis felállítása érdekében az orvosnak olyan információt is kell szereznie a betegről, amit normális esetben hosszan tartó, elmélyült emberi kapcsolat során szerezhetne meg. Mégis, az orvosi hivatás olyan **jogosítványokat** ad, amik folytán egy szociálisan teljesen idegen emberrel kapcsolatban is joga van "ismerkedni", kényes, esetenként intim kérdéseket is feltenni, sőt ez kötelessége is.

### Orvosi szerepkörök

A történelem során az orvosi szerepkörök alapvetően megváltoztak. Az orvostörténelem durva leegyszerűsítésének tűnik, de témák szempontjából igaz, hogy a kezdetektől úgy a XVIII. századig az orvos leginkább egy mágus vagy sámán szerű szerepet töltött be. Természettudományos ismeretei minimálisak voltak, azokat különféle elméletekkel pótolta. Rendelkezett ugyanakkor tapasztalatból származó megfigyelésekkel (empíria) és szintén tapasztalatból származó komoly empátiával. Így a pszichoszomatika és a tapasztalati módszerek felhasználásával kezelte betegét, felkeltve és megerősítve annak bizalmát.

A XVIII. század végétől a XX. század első feléig (hosszú XIX. század) tartó időszakban fennmarad az orvos nimbusza, tekintélye, a belé vetett abszolút bizalom, hit. Az orvos továbbra is támaszkodik az empiriára, empátiára, de már nagyon komoly és egyre gyarapodó természettudományos ismeretekkel rendelkezik, képzése kiterjed az alaptudományokra és a klinikai szakágakra is. Igen erősen jellemző e korszakra az alá-fölérendeltségi viszony, amihez a beteg abszolút bizalma társult a "doktor bácsiban".

A XX-XXI. század orvosi attitűdje a szakértő, az "expert". Aki területének kiváló specialistája a beteget partnernek tekinti. A lehető legjobban tájékoztatja a

lehetőségekről, a döntésekbe bevonja. Szakterületén kívüli kérdésekkel nemigen foglalkozik, a beteget más szakértőhöz irányítja. Jellemzője a defenzív medicina.

E három igen különböző orvosi attitűd valójában társadalom és kultúra függő mértékben, de egyszerre van jelen a mindennapi orvosi gyakorlatban. Kell, hogy területünk szakértői legyünk, de a beteg igényeinek és személyiségének megfelelő mértékben szükség van empátiára, szükség lehet a "doktor bácsi" autoriter megközelítésére is.

## Személyiség típusok

A pszichológia tudományában jelentős terület a személyiség típusok kutatása (tipológia). Mindennapi életünkben általában is hasznos, de az orvosi tevékenység során különösen fontos, hogy megtaláljuk embertársunkkal a hangot, hatékonyan tudjunk kommunikálni. Ehhez különösen az olyan szakterületeken, mint a fogászat, szájsebészet, ahol rövid idő alatt kell kialakítani a bizalmon alapuló orvos-beteg kapcsolatot. Ehhez nyújt segítséget, ha gyorsan felismerjük betegünk személyiség típusát. Ezért felismerése fontos és tanulható képesség. Egy ember aktuális személyiség típusa függhet az életkortól, nemtől, végzettségi, műveltségi szinttől, etnikumtól, kultúrától.

Az emberiség története során igen korán igyekeztek csoportokba sorolni az emberek személyiségét. Hippokratész négy alapvető típust írt le:

- szangvinikus: nyílt, beszédes, vidám barátkozó, kíváncsi
- melankolikus: befelé forduló, gondolkodó, borúlátón idealista, átgondolt
- kolerikus: nyílt, dinamikus, derűlátó, céltudatos, "született vezető"
- flegmatikus: befelé forduló, érzelmeit elrejtő, fanyar humorú, megfigyelő, visszafogott

A történelem során készült számos tipológiából érdekessége miatt kiemeljük Ernst Kretschmerét (1888-1964), aki az alkatot kötötte össze a személyiség típusával úgy, hogy azt igyekezett ennek alapján megbecsülni, hogy ha az illető pszichiátriai beteg lenne, akkor milyen pszichiátriai betegségben szenvedne. Ennek alapján három alaptípust írt le:

- leptosom: aszténiás testalkat, hajlamos fekélybetegségekre, "gyomorbeteg", neurotikus alkat, schizothym (ha beteg lenne, skizofrén lenne), a rideg, tárgyilagos, felkészült *szakértőt várja el*
- pyknikus: kövérkés testalkat, hajlamos a cukorbetegségekre, hysteroid alkat, kedves, megértő, cyclothym (ha beteg lenne mániás depressziós lenne), a "*doktor bácsit*" várja el
- atlétikus: izmos testalkat, egészséges, csak saját maga érdekli, viscosus, epileptothym (ha beteg lenne epilepsiás lenne, vagy paranoid), *szakértő* orvost igényel.

Jungtól származik az extrovertált-introvertált tipizálás. Nem tárgyaljuk részletesen az újabb, egyre tudományosabb típusrendszereket, melyek kifinomultságuk mellett kevésbé alkalmasak a mindennapi orvoslás céljára.

Fontos kiemelni, hogy nemcsak a betegnek, hanem az orvosnak is van személyiség típusa és a beteg is kezdettől figyelni orvosát, annak minden megnyilvánulását, reakcióját.

### **3. A beteg kezelésének általános sémája, betegtájékoztató, beleegyezés**

A beteg ellátása folyamat. Ennek a folyamatnak van egy általános, megszokott sorrendje. Ez a sorrend természetesen időnként felborul (sürgősség, rendkívüli körülmények, stb.), de általában az orvosi munka keretét adja. A folyamat bizonyos mértékben szakterület és munkahely függő is, de alapvető logikája mégis igen általános.

#### **Általános séma**

Ez az általános séma kisebb módosításokkal minden orvosi tevékenységre alkalmazható. Az egyes szakaszok hossza, jellege változhat.

1. "Beszélgetés"
2. Anamnesis
3. Vizsgálatok
4. Kiegészítő vizsgálatok
5. Diagnózis
6. Kezelési terv készítése
7. Kezelés
8. Utókezelés
9. Követés

#### **1. "Beszélgetés"**

A beteg ember segítségért, kezelésért fordul az orvoshoz. Sokszor nemcsak egészségi állapotának, de életének legsúlyosabb gondjait is megosztja orvosával. Ilyen mélységű kitárulkozásra a társas kapcsolatokban általában csak hosszú idő, mélyebb személyes ismeretség után szokott sor kerülni. Az orvos-beteg kapcsolat kialakítására azonban rendszerint igen rövid idő áll csak rendelkezésünkre. Ennek a kapcsolatnak a kezdeti kialakítását, a beteg bizalmának megnyerését és a beteg megnyugtatót szolgálja ez a rövid beszélgetés. Ennek során az orvos bemutatkozik, megkérdezi, hogy mi a beteg fő panasa, mit segíthet. Fontos, hogy a beteget végighallgassa, még akkor is, ha az sokszor körülményes, esetleg irrelevánsnak tűnhet. Mindeközben a beteget már megfigyeljük, a beteg vizsgálata a találkozás pillanatában kezdődik. Megfigyelésünk kiterjed a beteg küllemére, bőrére, mozgására, beszédjére. Mindebből számos következtetést levonhatunk általános egészségi állapotára, számos betegségekre vonatkozóan még mielőtt a tényleges vizsgálatot megkezdénénk. Ezek részleteire vonatkozóan utalunk a belgyógyászati, neurológiai, pszichiátriai tankönyvekre. Nem szabad azonban elfelejteni, hogy nemcsak az orvos figyeli betegét, hanem a beteg is orvosát. Fontos ezért, hogy mindig orvosi hivatásunknak megfelelő megjelenéssel és viselkedéssel nyerjük el betegünk bizalmát.

#### **2. Anamnesis**

Az anamnézis görög szó: 'ανάμνησις. Jelentése: emlékezés, emlékezetbe idézés. Arra utal, hogy az orvos kérdéseivel segít a betegnek, hogy emlékezetébe idézze korábbi betegségeit, az aktuális betegség kezdetét, lefolyását.

Az orvos-beteg kapcsolat kialakítására a fogorvosi rendelőben, különösen akut ellátás esetén csak néhány perc áll rendelkezésre. Ennek ellenére igyekeznünk kell a lehető

legteljesebb anamnesist felvenni. Az anamnesis részleteire vonatkozóan utalunk a belgyógyászati tankönyvekre, itt csak egy tömör összefoglalásra van lehetőségünk.

Régi orvosi mondás: jó anamnesis fél diagnosis. Diagnosztikus gondolkodásunk kiindulása az anamnesis, amit azután a vizsgálat leletei egészítenek ki.

Az anamnesis **alapvető elemei**: a jelen panasz története, az aktuális és korábbi betegségek története, gyógyszerérzékenység, allergia, gyógyszereszedés, családi anamnesis, szociális anamnesis. Emberi és szakmai szempontból is fontos, hogy első kérdésünk arra vonatkozzon, hogy mi segíthetünk páciensünknek, milyen panasszal fordult hozzánk. Ez után kerülhet sor arra, hogy a korábbi betegségeket, kezeléseket összeszedjük és időrendben rögzítsük. Ez a szorosabb értelemben vett kórtörténet. Itt mind az általános, mind a fogászati előzményekre rákérdezzük. Különös figyelmet érdemelnek a gyógyszerallergiák, különféle fogászati allergiák. Ezekről lehetőség szerint a rendelkezésre álló dokumentációt is célszerű beszerezni, a beteg dokumentációjához csatolni. Kiemelten fontos a beteg által aktuálisan szedett gyógyszerek nevének és dózisának megismerése, rögzítése, amittől semmiképpen nem tekinthetünk el. Bizonyos esetekben (pl. kemoterápia, biszfoszfonátok) a korábbi gyógyszereszedés is jelentős lehet. A belgyógyászatban nagy jelentőségű családi és szociális anamnesis részletes felvételére a fogászatban ritkán kerül sor, de esetlegesen örökletes betegségek, daganatok esetén mindenképpen sor kell keríteni rá.

Az anamnesis felvétel alapvető módszerei között kiemelten fontos, hogy a beteget végig kel hallgatni. Eközben mondandója tartalma mellett annak formájára is figyelünk: nyelvi fordulatai, beszédének koherenciája sok információt szolgáltat nemcsak neurológiai és pszichés státusára, hanem szociális, kulturális háttérére vonatkozóan is. Ezután a fontos pontokra visszatérünk, tisztázzuk azokat. Rákérdezzük arra, ami fontos lehet, de nem említette, végül összefoglaljuk amit megtudtunk és ezzel a betegnek lehetőséget adunk arra, hogy kijavítson, vagy hozzátegyen információkat. Az anamnesis felvételével kapcsolatban említünk meg néhány fogalmat. Szimulációnak nevezik azt a helyzetet, amikor a beteg egy nem létező betegség tüneteit próbálja mutatni. Disszimuláció az, amikor a betegség fennáll, de ezt a beteg igyekszik elkendőzni. Aggravációról akkor beszélünk ha a beteg a meglévő betegség tüneteit súlyosabbnak igyekszik feltüntetni a valóságosnál. Mindezen viselkedésformák háttérében számos ok állhat.

A fogorvosi rendelőben az anamnesis felvétele igen különböző a rendelés, illetve az orvos-beteg találkozás jellegétől függően. Bármilyen legyen is azonban a rendelés vagy a találkozás, mindenképpen szükséges az anamnesis minimális felvétele: a jelen panaszra vonatkozó kérdések, a gyógyszerérzékenységre, allergiára, gyógyszereszedésre, fertőző betegségekre vonatkozó kérdések nem maradhatnak el.

### 3. Vizsgálatok

Az anamnézis felvétele után következik a beteg vizsgálata. Logikailag ez mindenképpen igaz, valójában azonban a beteg vizsgálata, megfigyelése abban a pillanatban kezdődött, amikor belépett az ajtón. A beszélgetés és közben végzett megfigyelés, megtekintés alapján kialakul egy vagy néhány "elképzelés", diagnosztikus hipotézis a vizsgáló orvosban. Ezzel a fejünkben kezdünk hozzá a fizikális vizsgálathoz. Ennek elvi sorrendje: általános (belgyógyászati) vizsgálat, fej-nyak régió vizsgálata és végül a szájüreg vizsgálata. Általános belgyógyászati fizikális betegevizsgálatot ritkán végzünk, de bizonyos esetekben (pl. trauma) ez nem maradhat el! Technikája, részletei tekintetében utalunk belgyógyászati tankönyvekre. A fej-nyak és szájüreg vizsgálata minden esetben egyben

stomato-onkológiai szűrővizsgálat is! Ez azt jelenti, hogy gondosan keressük a rosszindulatú betegség bármely jelét a fej-nyak régióban. Nemcsak megtekintéssel (inspectio) hanem tapintással (palpatio) is megvizsgáljuk az összes lágyrészt a fejen és a nyakon először extraoralisan majd intraoralisan. Az extraoralis vizsgálat során a bőrt megtekintjük, a nyakat áttapintjuk kóros resistenciát keresve. A szájüregben minden látható nyálkahártyát áttekintünk. Célszerű a vizsgálatra mindenkinek egy saját sorrendet kialakítani és ahhoz tartani magát, így elkerülhetjük, hogy egy terület kimaradjon. A beteggel való első találkozás és félevente az ismételt találkozás is legyen ilyen stomato-onkológiai szűrő alkalom. A szájüregi daganatok korai felismerése elsősorban a fogorvos feladata, felelőssége!

A fizikális betegvizsgálat különböző módszereinek ismertetése meghaladja e jegyzet kereteit. Általános irányelvként álljon itt annyi, hogy alapvizsgálatunk legyen alapos, de tudjuk, hogy nem lehet mindent megvizsgálni minden betegen. Ezért különösen fontos, hogy elsajátítsuk a célszerű diagnosztikus gondolkodás művészetét és így jó diagnosztikus hipotézist alkotva jussunk el a helyes diagnózishoz.

Ebben segítségünkre van az úgy nevezett diagnosztikus algoritmus. Ez egy gondolati folyamat, gondolkodási módszer. Valójában hasonlít a nyomozó munkájához. Arról van szó, hogy amikor a beteg belép az ajtón elvben az általunk ismert (és nem ismert) bármely betegségben szenvedhetne. A beszélgetés, anamnézis felvétel során gyűjtött adatok alapján nagy valószínűséggel számos betegséget, egész betegségcsoportokat kizárhatunk. A fizikális vizsgálat végére pedig a betegségek nagy részét kizárhatjuk. Így a Mi baja lehet a betegnek? kérdésre csupán néhány 1-3-5 lehetséges válasz marad. Ezeket a lehetőségeket nevezzük diagnosztikus feltételezésnek, hipotézisnek. Ezután logikusan tovább gondolkodva ezeket a hipotéziseket egyenként megvizsgáljuk. Ha lehetséges az eddig gyűjtött adatok alapján, akkor kizárjuk egyik vagy másik lehetőséget. Ha nem, akkor ennyi hipotézissel dolgozunk tovább. Ha nincs diagnosztikus hipotézisünk, akkor megakadtunk. Újra át kell gondolnunk a megszerzett adatokat, visszatérni az anamnézishoz, vagy elmélyíteni kórtani, klinikai ismereteinket. Ha túl sok (5-nél több) diagnosztikus hipotézisünk van, akkor igyekeznünk kell magunkban, gondolati úton tovább szűkíteni a kört, mert nagyszámú hipotézissel dolgozni nem célszerű nehéz, drága és időigényes. A hipotézis vizsgálat során felhasználjuk ismereteinket és eddig gyűjtött adatainkat. Az egyes hipotézisek igazolására további adatokat gyűjtünk.

#### **4. Kiegészítő vizsgálatok**

A fizikális vizsgálatot követően és csakis akkor kerülhet sor kiegészítő eszközös, képalkotó vagy laboratóriumi vizsgálatokra. Ezek mindig egy-egy konkrét kérdésre keresnek választ, egy-egy diagnosztikus hipotézis megerősítését vagy kizárását célozzák. A röntgen, a laborlelet sosem mondja meg, hogy mi a baja a betegnek, csak a megfelelő diagnosztikus gondolkodás keretei között szolgál értékelhető információval. A kiegészítő vizsgálatok egy részét más orvos végzi. Ekkor valójában konzultációra küldjük a beteget. Itt kiemelt fontosságú a másik orvossal való kommunikációnk. Jól megfogalmazott adekvát kérdésre adhat csak adekvát választ a másik szakma képviselője.

Az ideális kiegészítő vizsgálat nem invazív, olcsó, könnyen elérhető és definitív eredményt ad, vagyis kérdésünket nagy biztonsággal és érzékenységgel válaszolja meg. Ilyen vizsgálómódszer természetesen nem létezik. A fogászat-szájsebészet terület alkalmazott kiegészítő módszerek igen széles skálán mozognak: ide tartoznak a röntgen felvételek, CT, MR, ultrahang vizsgálatok, laboratóriumi vizsgálatok, stb.



## 5. Diagnosis

A kiegészítő vizsgálatok eredményének birtokában tovább vizsgáljuk diagnosztikus hipotézisünket. Ha elegendő adat áll rendelkezésünkre, akkor egy-egy hipotézist elvetve, kizárva végül egyetlen hipotézis marad állva, ami beleillik az adatok alkotta képbe. Ez lesz a diagnózis. Mielőtt azonban ezt kimondanánk meg kell vizsgálnunk ezt a hipotézist is. Ha nincs ennek ellentmondó lényeges adat, akkor vélhetően jól dolgoztunk. Ha van, akkor nem elég kicsit módosítani, hanem a gondolkodási folyamatot előről kell kezdenünk, új hipotézisekkel. Fontosak a **differenciáldiagnosztikai** ismeretek: ezek birtokában tudjuk, hogy egy-egy betegség tünetei melyik másik betegségéhez hasonlíthatnak és így melyik másik betegségtől kell elkülöníteni. Ez is a hipotézis vizsgálat fontos része.

Léteznek **diagnosztikus protokollok**. Ezek lényegében a diagnosztikus gondolkodás egy részének szabványosítására törekednek. Bizonyos kórképek esetén előírják, hogy milyen vizsgálatot kötelező elvégezni. Ez szolgálja mind a beteg, mind az orvos érdekét. Fontos tudni, hogy a protokoll betartása jogilag kötelező, a mindenkor aktuális protokollok a szakma szabályainak részét képezik, ezért minden orvos kötelessége tájékozódni az aktuális érvényben levő protokollokról a saját szakterületén. Fontos azt is tudni, hogy a diagnosztikus protokoll megléte nem menti fel az orvost a gondolkodás kötelessége alól.

Számos nehézség és logikai buktató között hanyódvva végül eljutunk a **diagnózishoz**. A diagnózis magyar neve kórisme. Eredetileg görög szó (διάγνωσις), aminek jelentése megkülönböztetés, döntés, megállapítás volt. Igen fontos eleme az orvosi munkának, hiszen minden további tevékenységünk a kezelést erre alapozzuk. A diagnózis az alapja az indikációnak, ami az orvos felhatalmazása arra, hogy valamilyen, néha igen drasztikus, kezelési módszert alkalmazzon. Ilyen értelemben a diagnózis valóban döntés. Épp ezért olyan fontos, hogy helyes gondolati úton jussunk el a helyes diagnózishoz. Előfordul, hogy első ránézésre tudjuk, hogy mi a baja a betegnek, ezt nevezi az orvosi zsargon **blikkdiagnózisnak**. Ekkor is kötelező azonban a diagnosztikus gondolkodási séma követése, hogy az esetleges tévedés lehetőségét kizárjuk. Különösen nehéz helyzetet teremt az, hogy egy betegnek több betegsége is lehet egyszerre és ezek nem feltétlenül függenek össze egymással. A beteg tüneteit tehát nem biztos, hogy egyetlen betegséggel kell magyaráznunk, egyszerre több diagnosztikus hipotézis is lehet helyes. Néhány nagyon ritka esetben, ha a kezelés valamiért megelőzi a végleges diagnózis felállítását, akkor a kezelés hatékonysága alapján mintegy visszakövetkeztethetünk a diagnózisra. Ezt nevezik **diagnosis ex iuvantibusnak**

## 6. Kezelési terv

A diagnózis felállítása után tervezzük meg a kezelést. Fontos fogalom az indikáció, magyarul javallat. Bizonyos kórképekben bizonyos beavatkozásoknak abszolút indikációja van, tehát a beavatkozást feltétlenül el kell végezni. Ezek többnyire életmentő beavatkozások. Léteznek abszolút kontraindikációk, ellenjavallatok is, amikor az adott beavatkozást semmi esetre sem szabad elvégezni. Minden más esetben a javallat-ellenjavallat relatív, tehát mérlegelni kell, hogy az adott beavatkozást tervezzük-e elvégezni vagy sem.

A diagnózis birtokában a kezelést mindig meg kell tervezni. Itt is, mint a diagnosztikus gondolkodás során fontos a racionális tervezés nemcsak a kezelés tartalmát, hanem sorrendjét tekintve is. Nagyobb, hosszabb kezelés esetén minden esetben, de a legegyszerűbb kezelésnél is célszerű írásos kezelési tervet készíteni. Ezt a beteggel meg kell beszélni, kérdéseire választ kell adni, beleegyezést kell kapnunk.

## 7. Kezelés

A tervezett kezelést csak meglévő személyi és tárgyi feltételek esetén kezdjük meg. Általában elmondható, hogy egy-egy kezelés lehet sürgős vagy tervezett, lehet oki vagy tüneti, lehet curativ vagy palliatív. E két utóbbi fogalom azt jelenti, hogy a kezelés irányulhat a beteg gyógyulására vagy csak a betegség tüneteinek enyhítésére.

## 8. Utókezelés

A kezelést, műtétet követő időszak igen fontos a beteg gyógyulása szempontjából. Kórházi osztályon fekvő beteg esetén a naponta többszöri vizsgálat, kontroll, rendszeres vizit biztosítja a gyógyulás nyomon követését. Ambuláns beteg esetén a beteget visszarendeljük kontrollra, kezelésre. Ennek hagyományos időpontjai a másnapi, harmadnapi, hetednapi vizsgálat. Szájüregi varratokat 5-10 nap után távolítjuk el, rendszerint egy hét után. Bizonyos esetekben (sinus zárás, parodontális műtétek, egyes csontpótló műtétek) ez az idő hosszabb, más esetekben (szájfenék, nyelv műtétei) rövidebb is lehet. A kontroll szokásos időpontjai egyrészt konvenció, másrészt tapasztalat következtében alakultak így, de bizonyos kórképek (pl. gyulladások egy része) naponkénti vagy akár még gyakoribb vizsgálatot is igényelnek. Ilyenkor kerülhet sor a drain (gézcsík, gumicsík, cső) ellenőrzésére, cseréjére is.

## 9. Követés

Az aktív kezelés lezárása után az esetek egy részében hosszú távú, hónapokig, évekig tartó utánkövetésre van szükség a kezelés eredményének megfigyelésére, a kiújulás (recidiva), vagy fellángolás (exacerbatio) megelőzésére. Különösen igaz ez krónikus betegségekben (daganatok, parodontitis, stb.), illetve komplex kezeléseket követően (implantológia). A hagyományos 1, 3, 6, 12 hónapos kontrollok mellé természetesen szükség szerint itt is beiktathatunk más időpontokat is.

## Tájékozott beleegyezés

A tájékozott beleegyezés fogalmának, gondolkörének részletes ismertetése az orvosi etika tárgykörébe tartozik, meghaladja e jegyzet kereteit.

A beteg tájékoztatása során fel kell világosítani a diagnózisról, annak tartalmáról, lényegéről, a lehetséges kezelési módokról, azok esetleges szövődményeiről, a kezelés elmaradásának következményeiről, a betegség várható lefolyásáról. Mindezt úgy kell az orvosnak megtenni, hogy a beteg megértse az elmondottakat és a kezelésbe úgy egyezzen bele, hogy valóban tudja is, hogy mibe egyezik bele. Lehetőség szerint célszerű a kezelési tervet és a felvilágosítást is írásban megfogalmazni, a betegnek átadni. A beleegyezést szinte minden esetben írásban kell megszerezni. Különösen hosszabb kezelés, kezeléssorozat esetén időt kell adni a betegnek a kezelési terv átgondolására, és lehetőséget arra, hogy kérdéseit feltegye. Ezt úgy kell tenni, hogy a beavatkozástól elkülönített alkalommal és lehetőleg helyen történjen, hogy a beteg ne érezze magát nyomás alatt. Mindezek alól csak a sürgősségi, életveszélyes helyzetek jelentenek részleges kivételt. Ilyenkor is szükség van tájékoztatásra, de a sürgősségi helyzet miatt gyorsan, lényegre törően.

Magyarországon törvény garantálja a betegek tájékoztatáshoz való jogát. „A beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra.” (CLIV/1997 tv 13.§ , 1. bek.) A problémát rendszerint az okozza, hogy az egyéniesített forma, ami a beteg értelmi színvonalának, képzettségének megfelelő az

természetszerűleg sosem lehet teljes, nem hordozhatja a vonatkozó orvosi ismeretek teljességét. Ez a forrása számos bíróságon végződő konfliktusnak is.

A tájékoztatás alapvető követelménye, hogy együttérzően, ne lekezelően történjen. A kezelés részleteiben való túlzott elmerülés a beteget inkább megijesztheti, mintsem javára szolgál. Mindig igazat, reálisat kell mondani. Nem szabad irreális ígéreteket tenni, a szövődmények esélyét, súlyosságát kisebbiteni. Különösen fontos, hogy megértsük a beteg elvárását egy-egy kezeléssel szemben és igyekezzünk ezt a realitáshoz közelíteni. Külön problémát jelent a gyermekek kezelése. A gyermeket is tájékoztatni kell különösen ügyelve életkori sajátosságaira, felfogóképességére. Tájékoztatni kell a szülőt, szülőket is. Fontos, hogy elnyerjük a gyermek bizalmát, beleegyezését is, de a kiskorú gyermek helyett gondviselője tud csak jogilag érvényes beleegyezést adni. Hasonló probléma a cselekvőképtelen személyek esete, ahol csak gondnokuk beleegyezésével végezhetünk beavatkozást.